**傷病手当金支給申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員記載欄 | 被保険者記号番号 | 佐　　医・ | 氏　　　名 |  |
| マイナンバー |  |
| 傷　病　名 |  | 生年月日 | 昭　･　平　　　　　年　　　月　　　日 |
| 発病年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 業務に従事することができなかった期間 | 自令和　　年　　月　　日日間至令和　　年　　月　　日 |
| 主治医の診断書 | 診療開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 就業不能と認める期間 | 自令和　　年　　月　　日日間至令和　　年　　月　　日 |
| 傷　病　名 |  |
| 　上記の通り診断いたします。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 　　　　上記の通り傷病手当金の支給を申請します。 |
| 　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　医師組合員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　上記の通り相違ないことを証明いたします。　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師会長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県医師国民健康保険組合理事長　様 |

別紙

傷病手当金の振込先をお知らせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 |  |
| 種　別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座の名義人（カタカナ） | ご連絡先：　　　　　　（　　　　　　） |